

Casa Central: Lavalle 482 - 11° piso - (1047) CAPITAL FEDERAL
Tel./Fax: (011) 51284300 / e-mail: buenosaires@beneficiosa.com.ar
Sede Administrativa: Salta 1556 - (2000) ROSARIO
Tel./Fax: (0341) 516 8385 / 6 / 7 / e-mail: beneficio@infovia.com.ar
Agencia Salta: Belgrano 808 - (4400) SALTA
Tel./Fax: (0387) 431 5650 / e-mail: salta@beneficiosa.com.ar

www.beneficiosa.com.ar

☐ VIDA INDIVIDUAL ☐ SEPELIO
☐ VIDA COLECTIVO ☐ ALTA COMPLEJIDAD
☐ VIDA OBLIGATORIO ☐ INT. QUIRURGICAS
☐ ACCIDENTES PERSONALES ☐ OTROS

DATOS DEL SOLICITANTE - TOMADOR

CUIT, CUIL
o DOC.

N° DE CUIT
CUIL o DOC.

RENOVACION

☐

POLIZA NUEVA

☐

SIT. IVA: R.I.

☐

R.N.I.

☐

N.R.

☐

C.F.

☐

EX.

☐

MON.

☐

Apellido y Nombre / Razón Social:

Domicilio:

C.P.:

Localidad:

Tel.:

Fecha Nac.:

/

/

Estado Civil:

Sexo:

E-mail:

Profesión u ocupación principal:

Tel. Cel.:

SUMA ASEGURADA

COBERTURA

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Nombres y apellidos completos	N° doc. Identidad	Edad	Parentesco	Domiciliado en	%

* LOS BENEFICIARIOS SON CORRELATIVOS AL ORDEN SUSCRITO, EN CASO DE NO EXISTIR, HEREDEROS LEGALES*

PARA USO EXCLUSIVO DE RAMA ACCIDENTES PERSONALES: 24 Hs. ☐ LABORAL E INITINERE ☐

Sumas aseguradas por persona

MUERTE

\$

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL Y/O PARCIAL

\$

ASISTENCIA MEDICA FARMACEUTICA

\$

Es zurdo: ☐ Si ☐ No

En caso de ser una propuesta colectiva
especificar en cada caso

DECLARACION JURADA DE SALUD

1. ¿HA ESTADO UD. ENFERMO EN EL ULTIMO AÑO?
- 1.1. ¿DE QUE ENFERMEDAD?
2. ¿HA SUFRIDO UD. ALGUN ACCIDENTE, HERIDA O INTERVENCION QUIRURGICA?
- 2.1. ¿EN QUE CONSISTIO?
3. ¿SE CONSIDERA UD. SANO?
- 3.1. ¿DE QUE PADECE?
4. ESTATURA 4.1. EDAD 5. PESO
6. ¿PERDIO PESO EN EL ULTIMO AÑO?
- 6.1. ¿RAZON?

RETICENCIA O FALSA DECLARACION (Art- 5º párrafo 2º Ley 17418) - Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado titular o los asegurados adherentes aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los certificados, según el caso.

No se cubren Enfermedades Preexistentes ni las Consecuencias de Cirugías Practicadas. Se entiende por Enfermedad Preexistente: Enfermedad o anomalía de tratamiento médico y/o quirúrgico y sus complicaciones, las que por su historia natural requieren para su desarrollo de un período de tiempo científicamente establecido y habitualmente de varios meses.

Autorizo a BENEFICIO S.A. Compañía de Seguros de Vida, Salud y Sepelio, a obtener toda información médica adicional, que ésta necesite, con relación a la indemnización a reclamar y relevo del secreto profesional a los médicos que me asistan o examinen en el futuro. Nombre de médico/s y establecimiento/s asistencial/es

Firma del Solicitante

Aclaración

Declaro conocer y aceptar las condiciones generales del Seguro que solicito, que están en poder del contratante y que fueran exhibidas.

VIGENCIA

Desde el día

Hasta el día

CONDICIONES DE PAGO: CONTADO ☐ FINANCIADO ☐ DEBITO AUTOMATICO ☐

Premio:

1º Cuota

Otras Cuotas

Cant. Cuotas

Por la presente solicito a Beneficio S.A. Compañía de Seguros de Vida, Salud y Sepelio que los importes inherentes a las cuotas del contrato de seguro que mantengo con esa Empresa, sean facturados y cobrados a través de mi tarjeta de crédito. En tal sentido, Autorizo a a debitar en mi cuenta los importes correspondientes, como así también a Beneficio S.A., si es necesario, a entregar el original de ésta a la empresa que he indicado.

Número de Tarjeta

Firma y Aclaración del Titular de la Tarjeta

Firma Productor

Aclaración

CODIGO PRODUCTOR

Lugar y Fecha:

/ /